ÍNDICE

<i>Prólogo</i>	11
----------------------	----

I ASPECTOS TEÓRICOS

<i>Capítulo 1.</i> DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA	15
<i>Capítulo 2.</i> IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS PRUEBAS RUTINARIAS DE SCREENING.....	19
<i>Capítulo 3.</i> IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE SCREENING	23

II INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

<i>Capítulo 4.</i> OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	31
1. Planteamiento del problema	31
2. Objetivos e hipótesis de trabajo	33
<i>Capítulo 5.</i> MATERIAL Y MÉTODO.....	37
1. Participantes.....	37
2. Pruebas psicológicas	39
3. Procedimiento	44
4. Diseño	46
<i>Capítulo 6.</i> RESULTADOS	49
1. Diferencias entre los grupos en las respuestas emocionales asociadas a la prueba de screenig	50
2. Extinción de las respuestas emocionales asociadas a la prueba complementaria de screening	54

3. La afectación emocional no se incuba o se reactiva con el paso del tiempo..	57
4. Morbilidad psiquiátrica asociada a las pruebas complementarias.....	62
5. Actitudes hipocondríacas asociadas a las pruebas complementarias.....	64
6. Predicción de la afectación psicológica relacionada con las pruebas complementarias	66
7. Predicción de las mujeres estresadas ante las pruebas complementarias.....	80
<i>Capítulo 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</i>	<i>85</i>
<i>Capítulo 8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA.....</i>	<i>95</i>
<i>Referencias</i>	<i>99</i>
<i>Anexos</i>	<i>105</i>

El cáncer de mama constituye uno de los principales problemas de salud en la mayoría de los países occidentales pues, como ha venido siendo referido en múltiples informes científicos (p.ej., Ascunce et al., 1993; Lostao, 1994; Luengo et al., 1996), esta enfermedad es una de las formas más frecuentes de cáncer en la mujer y una de las principales causas de muerte. En Estados Unidos, el cáncer de mama es la forma de cáncer (no cutáneo) más frecuentemente diagnosticado y la segunda causa de muertes por cáncer en la mujer (Nelson et al., 2009). Su incidencia se incrementa con la edad, y la probabilidad de que una mujer desarrolle cáncer de mama es de 1 por 69 en su década de los 40 años (40s), de 1 por 38 en sus 50s, y de 1 por 27 en sus 60s. Los datos sugieren que la incidencia se ha estabilizado en los últimos años, habiendo disminuido la mortalidad desde 1990 debido tal vez a diversos factores incluido el screening¹.

Bien es cierto que, como han señalado algunos autores (De Waard, 1993), España parece poseer una de las tasas más bajas de incidencia y mortalidad por cáncer de mama entre todos los países de la Unión Europea. No obstante, y aunque su prevalencia es menor que en otros países occidentales (los países mediterráneos ocupan, junto a España, las posiciones más bajas a este respecto; véase Lostao, 1994), el cáncer de mama constituye sin duda alguna un importante problema de salud pública.

Si bien no exento de controversias, suele asumirse que un aspecto esencial para la curación del cáncer de mama es su detección precoz. El cáncer de mama, como indicamos arriba, es una forma común de cáncer en la mujer. Más aun,

1 Aun asumiendo que se trata de un término inglés, hemos preferido emplear la palabra screening a lo largo de todo el texto ya que su utilización se ha generalizado bastante en nuestro país y es claro su significado en el contexto del presente libro. Otros términos alternativos como cribado, detección, selección, etc. podrían resultar más confusos.

esta forma de cáncer suele poseer un peor pronóstico que otras formas de cáncer femenino (p.ej., el cáncer de cuello de útero) (Wardle y Pope, 1992). En cambio, se ha venido asumiendo que la detección precoz constituye un paso esencial y definitivo para el tratamiento eficaz de esta modalidad de tumor al diagnosticarse en un estadio temprano de su desarrollo. En 2005, el 68% de las mujeres entre los 40 y los 65 años de edad fueron examinadas mediante mamografías en programas de screening de cáncer de mama (Nelson et al., 2009). El cáncer de mama posee una fase asintomática, y por tanto puede pasar desapercibido para la mujer. No obstante, puede ser detectado mediante la mamografía (actualmente se utilizan sobre todo tecnologías digitales).

En contra de lo que ocurre con otros tipos de cáncer, sobre la detección del cáncer de mama se han llevado a cabo múltiples estudios controlados, basados en la aplicación de screening mamográfico, tanto en Estados Unidos (p.ej., el Health Insurance Plan of Greater New York) como en la Unión Europea (p.ej., el Swedish Two-County Trial, el Utrech Study, el Malmö Trial, y el Edinburgh Trial). A partir de estos estudios parece demostrarse que, tras la detección precoz del cáncer de mama mediante el screening mamográfico, puede obtenerse una reducción significativa de la mortalidad, situándose ésta reducción en torno al 30% (Chamberlain y Palli, 1993). Los autores resaltan, no obstante, que esta notable reducción se produce únicamente en las mujeres que sobrepasan los 50 años (por debajo de esta edad no se obtienen resultados relevantes). Algunos autores han referido, así mismo, que la mamografía no resulta eficaz para reducir la mortalidad en las mujeres que tienen edades por encima de los 70 años (Blamey et al., 1994). Estudios como éstos pueden interpretarse en términos de evidencia sólida para considerar el screening mamográfico como algo, no sólo deseable, sino incluso necesario, que debería ser potenciado por la política sanitaria como acción prioritaria para mejorar la salud pública.

Esta idea, no obstante, no siempre ha sido asumida por la contribución científica. Así, algunos autores han cuestionado, bien que el tratamiento del cáncer de mama sea tan efectivo como se afirma comúnmente, o que el cáncer de mama detectado precozmente tenga un mejor pronóstico (Schmidt, 1990). Sin embargo, bien es cierto que aunque nadie niega que lo mejor es prevenir, el screening es la segunda mejor opción. En este sentido, como señalan Ascunce y Del Moral (1993, p. 53) al promover la participación en el programa de detección precoz de cáncer de mama del Gobierno de Navarra: «El cáncer de mama puede ser curado»; o, como concluyó el Forrest Report on Breast Cancer Screening (Forrest,

1986; citado por Wardle y Pope, 1992): «Las muertes por cáncer de mama en mujeres entre los 50-64 años de edad con posibilidades de realizar screening mediante mamografía pueden ser reducidas en un tercio o más» (p. 611).

Tras décadas de investigación sobre esta cuestión, las guías y recomendaciones actuales sobre el uso de las pruebas mamográficas para detectar el cáncer de mama, en mujeres entre los 40 y los 49 años de edad, continúa generando cierta controversia entre la comunidad científica y cierta confusión en el sector público (Mandelblatt, Scout y Trentham, 2011). La guía más reciente de recomendaciones del grupo de trabajo U.S. Preventive Services Task Force (Nelson et al., 2009) viene a concluir que existe una moderada certeza de que el beneficio no es elevado cuando se trata de mujeres entre los 40 y los 49 años. A partir del metaanálisis de Nelson et al. (2009) se concluye que la detección precoz mediante mamografía es efectiva para reducir la mortalidad por cáncer de mama en todas las mujeres entre los 39 y los 69 años, no existiendo datos suficientes para establecer conclusiones válidas en mujeres de más edad (mujeres por encima de los 70 años).

Asumiendo, por tanto, la relevancia e interés del screening del cáncer de mama, una cuestión que ha venido siendo suscitada con extrema intensidad durante los últimos años concierne a la participación voluntaria de las mujeres en los programas mamográficos de screening dirigidos a la detección de posibles casos de cáncer de mama. A pesar de que el screening mamográfico es responsable de la reducción en las tasas de mortalidad desde 1982 (American Cancer Society, 1998), el incremento de la adherencia a este tipo de programas constituye una meta de especial interés.

Son diversos los estudios que han analizado las variables que podrían potenciar o frenar la participación en programas de screening del cáncer de mama (véase para una revisión Lostao, 1994; Galdón, 1998). Según ha referido Lostao (1994) y Lostao et al. (1996), tanto las variables sociodemográficas (edad, estado civil, nivel asociativo y estatus social) como las psicológicas (ansiedad, actitudes hacia la enfermedad, actitudes hacia la salud y los estilos de afrontamiento) pueden predecir la mayor o menor participación. La edad elevada (por encima de los 60), el no estar casada (o ser viuda o estar separada), el nivel socioeconómico bajo, las actitudes hipocondríacas, la severidad percibida (i.e., grado de amenaza con que la persona percibe la situación), la excesiva ansiedad y el afrontamiento represor (i.e., estilo «atenuador») suelen asociarse a la no participación (Lostao, 1994; Lostao, Joiner, Pettit, Chorot y Sandín, 2001).

Estudios recientes han constatado la relevancia de otras variables psicológicas como el riesgo percibido (p.ej., mujeres con historia familiar de cáncer de mama), el miedo a tener cáncer, o la preocupación por el cáncer. Todas estas variables se han relacionado positivamente con la participación en programas mamográficos de screening de cáncer de mama (Diefenbach et al., 1999; McCaul et al., 1996a, 1996b). Entre otras múltiples variables descritas habitualmente como relacionadas con la adherencia a dichos programas, tales como las dudas sobre la eficacia de la mamografía, las dificultades laborales, la incomodidad, el miedo a la radiación y/o a adquirir cáncer, la vergüenza, la expectativa de dolor a la mamografía o la recomendación por el médico, merece la pena resaltar el resultado referido por Thomas et al. (1996) al señalar que la tranquilidad mental constituía el predictor más significativo de la utilización del screening mamográfico. Posiblemente, como ya ha venido siendo señalado por diversos autores, una de las implicaciones positivas del screening podría venir dada por la tranquilidad que aporta a la mayoría de las participantes el contrastar la carencia de signos sobre un posible cáncer de mama.

En la investigación de Luengo et al. (1996), los autores estudiaron la asociación entre la participación en programas de screening mamográfico y diversos factores sociodemográficos (edad, estado civil, comunidad autónoma, nivel educativo, etc.), así como también con respecto a otras variables relacionadas con los servicios médicos (número de visitas al ginecólogo, seguros médicos, ser remitido por el médico para hacerse la prueba de mamografía, etc.). Los autores concluyeron que el acceso a la mamografía se asociaba significativamente al número de visitas al ginecólogo, a ser recomendada la mamografía por el médico, y a residir en la comunidad autónoma de Navarra. Este último dato indica claramente la profunda penetración y aceptación social de un programa pionero de detección precoz del cáncer de mama que se inició en Navarra hace ahora exactamente diez años (Ascunce y Del Moral, 1993).

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS PRUEBAS RUTINARIAS DE SCREENING

Los programas de screening generalmente suelen evaluarse en términos de «costes» y «beneficios». El principal beneficio de cualquier programa deriva de que, al permitir detectar el cáncer en estadios tempranos de desarrollo, el tratamiento puede ser más eficaz una vez que se halla en fases aún poco avanzadas. El descenso en el número de muertes debidas al cáncer de mama constituye una prueba en favor de este tipo de beneficios.

Los costes son evaluados habitualmente en términos de gastos de tiempo y dinero. Sin embargo, un tipo de coste que apenas ha sido investigado es el que concierne al *coste psicológico*, entendido éste generalmente en términos de estrés y *distress* (malestar y sufrimiento emocional o «angustia») asociados al proceso del screening, sobre todo cuando se trata de personas sanas (Wardle y Pope, 1992). A pesar de que el *impacto psicológico* asociado al screening podría representar un fenómeno de gran relevancia, sólo recientemente se ha comenzado a considerar de forma más o menos sistemática.

Si bien aún son pocos los estudios que han analizado específicamente el impacto psicológico relacionado con la participación a las pruebas de mamografía, la información es consistente con la idea de que, al menos para algunas personas, el hecho de participar en las pruebas rutinarias podría inducir niveles significativos de ansiedad y *distress* (Marteau, 1994). Se ha sugerido que el coste psicológico potencial puede oscilar entre el trauma que supone la identificación de una enfermedad y el *distress* psicológico (ansiedad, preocupaciones, miedo, etc.) que pueden experimentar las mujeres sanas, sobre todo las que sospechan inicialmente la posibilidad de tener cáncer. De cualquier modo, el screening en sí mismo puede suponer un motivo de al menos un nivel moderado de preocupación (McCaul et al., 1996a, 1996b).

Aun cuando suele asumirse que el hecho de recibir un resultado negativo del screening debe ser tranquilizador para la mujer, algunos autores han hipotetizado que esto no necesariamente ocurre de este modo (p.ej., Cioffi, 1991). Para algunas personas, el mero hecho de participar en el screening puede ser un hecho suficiente

como para albergar dudas sobre su propia salud, generándose cierto grado de incertidumbre. Esta hipótesis estaría de acuerdo con el modelo propuesto por Marteau (1994) sobre la relación entre la incertidumbre y la emoción en el screening. Básicamente, el autor sugiere en este modelo que, en la población normal, la aplicación del screening facilita la génesis de incertidumbre y alta ansiedad, lo cual ocurre a partir de estados de baja ansiedad y certidumbre sobre la propia salud.

Aunque escasas, se han llevado a cabo algunas investigaciones para estudiar el impacto psicológico asociado a la participación a pruebas de mamografía dirigidas al screening de cáncer de mama; los resultados distan de ser conclusivos. Schmidt (1990) ha referido que el screening de cáncer puede inducir efectos incrementadores tanto de la ansiedad como del miedo al cáncer. Reelick et al. (1984) constató que los resultados negativos en un screening de cáncer del cuello de útero se asociaban a una disminución de los síntomas psicopatológicos durante el seguimiento, lo cual ha sido interpretado en términos de que el screening proporcionó cierta tranquilidad a los participantes. En una línea semejante de evidencia, Ellman et al. (1989) no encontraron cambios significativos en morbilidad psiquiátrica (puntuaciones en el General Health Questionnaire de Goldberg) en un grupo de mujeres que participaron en un screening de cáncer de mama. De modo semejante, Dean et al. (1986), basándose en entrevistas con mujeres que asistían a pruebas de screening de cáncer de mama, no hallaron diferencias en el número de casos psiquiátricos con respecto a un grupo de control procedente de la misma población de mujeres. Walker et al. (1994) evaluaron la ansiedad y la depresión relativas a la semana previa al screening de cáncer de mama, no encontrando incrementos de estas emociones durante tal periodo de tiempo.

A partir de una revisión sistemática basada en 54 estudios, llevada a cabo por Brett, Bankhead, Henderson, Watson, y Austoker (2005), se concluye que aquellas mujeres que recibían una clara comunicación sobre su mamografía negativa (i.e., resultados negativos de la mamografía) apenas eran afectadas por el proceso del screening. No obstante, algunas variables parecían estar asociadas al mayor grado de impacto, tales como ser más jóvenes, menor nivel educativo, vivir en áreas urbanas, tener ocupaciones manuales y tener uno o ningún hijo. Algo diferente parecía ocurrir cuando, tras haber completado el screening, las mujeres eran requeridas a realizar pruebas complementarias, o cuando se les notificaban resultados que eran falsos positivos (diagnósticos erróneos de cáncer). En estos casos, a pesar de proporcionar posteriormente resultados negativos, las mujeres parecen manifestar cierto grado de perturbación psicológica, al menos en algunos estudios.